



DEREE BASKETBALL ACADEMY SKILLS CAMP

Αίτηση Συμμετοχής

Επώνυμο παιδιού _____

Όνομα παιδιού _____

Ημερ. γέννησης ___ / ___ / ___

Σχολείο _____

Τάξη (Έτος 20..../20....) _____

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα _____

Α.Φ.Μ. Οικονομικά Υπόχρεου _____

Διεύθυνση _____

Πόλη _____ Τ.Κ. _____

Νομός _____

Τηλ. οικίας _____

Κιν. Γονέα/Κηδεμόνα _____

Email _____

Τρόποι Πληρωμής

ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ € 135

€ 115 (Deree Sports Academy, Pierce students και συμμετέχοντες στο Pierce Summer Camp 2018)

Η πληρωμή γίνεται:

- Μέσω κατάθεσης σε Τραπεζικό λογαριασμό:
ALPHA BANK (IBAN: GR34 0140 4290 4290 0200 2003 006)
ETE (IBAN: GR49 0110 1800 0000 1800 0110 454)
 - Στο ταμείο του ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ ΝΤΕΡΗ, στην είσοδο του Deree Gym με μετρητά ή μέσω χρέωσης πιστωτικής/χρεωστικής κάρτας:
American Express, Visa, MasterCard, Diners, Maestro
με δυνατότητα εξόφλησης έως 6 άτοκες δόσεις μέσω πιστωτικής κάρτας.
- Το όνομα του Δικαιούχου είναι "ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ ΝΤΕΡΗ"
 - Το **όνομα του παιδιού** και η λέξεις **DBA Skills Camp** πρέπει να αναφερθούν σε όλες τις αποδείξεις της τραπεζικής κατάθεσης
 - Αντίγραφο της απόδειξης της τραπεζικής κατάθεσης πρέπει να αποστέλλεται με φαξ στο Office of Athletics 210 600 8913, ή στο email: dcac@acg.edu

Σε περίπτωση μη συμμετοχής, δεν γίνεται επιστροφή χρημάτων μετά την 31/5/2018.

Για την ολοκλήρωση της εγγραφής είναι απαραίτητη η προσκόμιση της Ιατρικής Βεβαίωσης.

Όροι Συμμετοχής

Στο Camp γίνονται δεκτά παιδιά 6 έως 18 ετών.

Για τη συμμετοχή των παιδιών στο Camp είναι απαραίτητη η αποστολή της Αίτησης Συμμετοχής συνοδευόμενη από το **υπογεγραμμένο Ιατρικό Δελτίο**.

Υποβολή της Αίτησης Συμμετοχής μπορεί να γίνει το αργότερο μέχρι την **έναρξη του Camp**, αλλά θα γίνει δεκτή εφόσον υπάρχουν θέσεις. Οι εγγραφές πραγματοποιούνται με συγκεκριμένο αριθμό συμμετεχόντων βάσει προτεραιότητας εγγραφής. Σε περίπτωση που ο αριθμός συμπληρωθεί δεν θα υπάρχει η δυνατότητα επιπλέον εγγραφών.

Τα παιδιά είναι απαραίτητο να φορούν αθλητικά/άνετα ρούχα και παπούτσια. Εάν το επιθυμούν μπορούν να έχουν μαζί τους μια αθλητική τσάντα με ένα καπέλο, μια πετσέτα και μια αλλαξιά ρούχα.

Τα παιδιά πρέπει να εισέρχονται και να εξέρχονται από τις εγκαταστάσεις του Camp τις προκαθορισμένες ώρες και πάντα με τη συνοδεία γονέα/κηδεμόνα με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος.

Για οποιοδήποτε σοβαρό ιατρικό συμβάν κατά τη διάρκεια της παραμονής των παιδιών στο Camp, το Ιατρείο ενημερώνει άμεσα τον γονέα/ κηδεμόνα στα τηλέφωνα που έχουν αναφέρει στην Αίτηση Συμμετοχής.

Δεν επιτρέπεται η χρήση κινητών τηλεφώνων, τα πατίνια, τα roller skates και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Το Camp δε φέρει καμία ευθύνη σε περίπτωση απώλειας κινητών τηλεφώνων, χρημάτων και λοιπών προσωπικών αντικειμένων.

Σε περίπτωση κατά την οποία συμμετέχονται επαναλαμβανόμενα δε συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του προσωπικού και παρουσιάζουν ανάρμοστη συμπεριφορά, το Camp διατηρεί το δικαίωμα απομάκρυνσής τους από αυτό, χωρίς την επιστροφή χρημάτων.

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος, ο Αθλητικός Σύλλογος Κολλεγίου Ντερή και το Camp δεν φέρουν καμία απολύτως ευθύνη για ζημία σε περιουσία ή τραυματισμό ατόμου, λόγω αμελούς ή ανεύθυνης χρήσης των εγκαταστάσεων και/ή λόγω αμελούς, ανεύθυνης ή απερίσκεπτης συμπεριφοράς εντός αυτών. Επίσης δεν φέρουν καμία απολύτως ευθύνη για υλική ζημία σε οχήματα που σταθμεύουν στις εγκαταστάσεις τους καθώς και για τυχόν απώλεια προσωπικών ειδών και πολύτιμων αντικειμένων που οι χρήστες φέρουν μαζί τους.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΟΛΕΓΙΟΥ ΝΤΕΡΗ (εφεξής «**Υπεύθυνος Επεξεργασίας**» ή «**Σύλλογος**» ή «**το Camp**») σας ενημερώνει δια του παρόντος ότι συλλέγει, επεξεργάζεται και αποθηκεύει, σε ηλεκτρονική και έγχαρτη μορφή, τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στην παρούσα (ιδίως τα ακόλουθα: Επώνυμο παιδιού, Όνομα παιδιού, Τάξη (Έτος 2018-19), Σχολείο, Ημ/νία γέννησης παιδιού, Διεύθυνση παιδιού, Τηλ. Οικίας παιδιού, Ονοματεπώνυμο πατέρα, Α.Φ.Μ. πατέρα, Κιν. τηλ. πατέρα, E-mail πατέρα, Ονοματεπώνυμο μητέρας, Α.Φ.Μ. μητέρας, Κιν. τηλ. μητέρας, E-mail μητέρας, δεδομένα υγείας παιδιού, στατιστικές φύσεως πληροφορίες σχετικά με το θερινό πρόγραμμα, καθώς και, κατά περίπτωση, τυχόν απαιτούμενα στοιχεία πληρωμών), εφαρμοζομένων σχετικά των διατάξεων της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας περί προσωπικών δεδομένων, (ήτοι σήμερα το Νόμο 2472/1997, και, από 25/5/2018, τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου («Γενικός Κανονισμός Προσωπικών Δεδομένων»), όπως εκάστοτε ισχύουν (εφεξής «**η Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων**»), και σύμφωνα με τους κατωτέρω ειδικότερους όρους και προϋποθέσεις:

Το Camp συλλέγει τα ως άνω προσωπικά δεδομένα από εσάς αποκλειστικά προς τον σκοπό της διασφάλισης της ομαλής λειτουργίας της κατασκήνωσης, της εκτέλεσης της μεταξύ μας σύμβασης και της προστασίας της ασφάλειας και της υγείας των παιδιών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Η νόμιμη βάση της ως άνω επεξεργασίας είναι, αφενός, η δια της παρούσας κορηγούμενη έγγραφη συγκατάθεσή σας, και, αφετέρου, το γεγονός ότι η επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση της μεταξύ μας σύμβασης. Ειδικά ως προς τα προσωπικά δεδομένα των γονέων που περιέχονται στην παρούσα, νόμιμη βάση επεξεργασίας είναι, πέραν της δια της παρούσας κορηγούμενη έγγραφη συγκατάθεσής του ενός γονέα, η ικανοποίηση του εννόμου συμφέροντος του Summer Camp για επικοινωνία με τους γονείς για λόγους που αφορούν το παιδί. Ειδικά ως προς τα δεδομένα υγείας νόμιμη βάση επεξεργασίας είναι, αφενός, η δια της παρούσας κορηγούμενη έγγραφη συγκατάθεσή σας, και, αφετέρου, το ότι η γενόμενη επεξεργασία είναι απαραίτητη για σκοπούς παροχής ιατρικής βοήθειας στο παιδί, εφόσον αυτό απαιτηθεί. Τα ως άνω προσωπικά δεδομένα σας δεν θα διαβιβασθούν περαιτέρω σε οποιονδήποτε τρίτο χωρίς την προηγούμενη έγγραφη συναίνεσή σας. Επίσης, το Camp δεν θα διαβιβάσει τα ως άνω προσωπικά δεδομένα σε χώρα εκτός της Ε.Ε.

Τα ως άνω προσωπικά δεδομένα θα καταστούν προσιτά και θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τους εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους στο Camp, οι οποίοι θα τα επεξεργασθούν αποκλειστικά για την εκπλήρωση των ως άνω σκοπών, και σε καμία περίπτωση προς ίδιον όφελος. Περαιτέρω, ορισμένα από τα ως άνω προσωπικά δεδομένα θα καταστούν προσιτά και θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, από εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους των αρμοδίων τμημάτων του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος, το οποίο παρέχει υπηρεσίες διοικητικής υποστήριξης στο Σύλλογο (και συγκεκριμένα σε υπαλλήλους του Business Office, του τμήματος Marketing και του τμήματος ACG HEALTH & WELLNESS CENTER) καθώς και σε εξωτερικούς συνεργάτες (και συγκεκριμένα σε εξωτερικό λογιστή, εξωτερικό συνεργάτη-οδηγό λεωφορείων) προς τον σκοπό εκτέλεσης της μεταξύ μας σύμβασης.

Το Camp θα τηρεί και επεξεργάζεται τα ως άνω προσωπικά δεδομένα για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εξυπηρέτηση των προαναφερθέντων σκοπών επεξεργασίας καθώς και για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται προκειμένου να συμμορφωθεί με τις νόμιμες υποχρεώσεις του και για την υπεράσπισή του έναντι τυχόν νομικών αξιώσεων. Μετά δε το πέρας του ως άνω χρονικού διαστήματος θα προβεί στην οριστική διαγραφή των ως άνω προσωπικών δεδομένων.

Με την επιφύλαξη συγκεκριμένων εξαιρέσεων, προϋποθέσεων και περιορισμών που προβλέπονται στην Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων, μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, διαγραφής

των ως άνω προσωπικών δεδομένων καθώς και –μετά τη θέση σε εφαρμογή του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων- το δικαίωμα φορητότητας αυτών. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των ανωτέρω αναφερομένων δικαιωμάτων σας, ο Σύλλογος θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την έγκαιρη ικανοποίηση του αιτήματός σας, κατά τα ειδικότερα οριζόμενα και υπό τις προϋποθέσεις της Νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, ενημερώνοντάς σας γραπτώς για την ικανοποίηση του αιτήματός σας, ή για τους λόγους που εμποδίζουν την εκ μέρους σας άσκηση, ή και την ικανοποίηση ενός ή περισσότερων εκ των ως άνω αναφερομένων δικαιωμάτων σας σύμφωνα με τη Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων. Επίσης, διατηρείτε ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεσή σας, χωρίς ωστόσο να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην παρούσα συγκατάθεση πριν από την ανάκλησή της. Σας γνωρίζουμε ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, δεν θα είμαστε σε θέση να κάνουμε χρήση των ως άνω προσωπικών δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η συμμετοχή του παιδιού σας στην κατασκήνωση.

Περαιτέρω, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, εφόσον θεωρείτε ότι η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων αντίκειται στην ισχύουσα νομοθεσία.

Εάν έχετε οποιοδήποτε απορίες σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων ή θέλετε να ασκήσετε τα νόμιμα δικαιώματά σας, παρακαλούμε επικοινωνήστε με το Camp χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:

ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΟΛΕΓΙΟΥ ΝΤΕΡΗ
Διεύθυνση: Γραβιάς 6, 15342 Αγία Παρασκευή
Τηλ: 210 6009800
Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Κλειώ Αμπανούδη

Σε περίπτωση που το Camp ορίσει Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων («Data Protection Officer») στο πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων, θα σας αποσταλεί σχετική ενημέρωση στο e-mail σας που αναγράφεται ανωτέρω.

Έχω ενημερωθεί για την παραπάνω επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και των προσωπικών δεδομένων του παιδιού μου, και παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, ατομικά και ως ασκών την γονική μέριμνα του _____ (ονοματεπώνυμο παιδιού), στην επεξεργασία τους, όπως ειδικά αναφέρεται στο παρόν κείμενο.

Παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, ως ασκών την γονική μέριμνα του _____ (ονοματεπώνυμο παιδιού), για την παρουσίαση φωτογραφιών και βίντεο στο οποίο εμφανίζεται το παιδί μου _____ (ονοματεπώνυμο παιδιού) μαζί με άλλα συμμετέχοντα παιδιά, στην ιστοσελίδα του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος ή σε διαφημιστικό υλικό (έντυπα, αφίσες κλπ) για χρονικό διάστημα δύο ετών προς τον σκοπό προώθησης και ενημέρωσης του κοινού για τις δραστηριότητες του Camp και υπό τους ανωτέρω κατά τα λοιπά όρους.

Ναι _____ Όχι _____ (Συμπληρώστε αναλόγως)

Υπογραφή _____
Τόπος _____
Ημερομηνία _____

Η αίτηση θα ολοκληρωθεί όταν μας αποστείλετε συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο το Ιατρικό Δελτίο από ιατρό.
Αποστείλατε προς: dcac@acg.edu ή με fax στο 210 600 8913
Για πληροφορίες, επικοινωνήστε στο
210 600 9800, εσωτ. 1319, 1345 (09:00-17:00)